

Triage ist jeden Tag – Zur Priorisierung von Patienten in der Organspende

Gastautor

2020-05-19T10:00:58

von [MAXIMILIAN](#)



[AMOS](#)

Das Coronavirus Sars-CoV-2 dominierte in den letzten Wochen nicht nur die Berichterstattung in Publikumsmedien, sondern auch die Themen in der juristischen Fachpresse. Im Mittelpunkt stand dabei oft das Triage-Problem: Was sollen Ärzte tun, wenn zu wenig Intensivbetten für alle Patienten vorhanden sind? Dürfen sie dem Patienten mit den besseren Überlebenschancen den Vorrang geben? Die Fragen sind ethisch und juristisch hoch umstritten und haben eine breite Diskussion ausgelöst. Dieser Beitrag soll nun aufzeigen, dass die Triage nicht nur in Corona-Zeiten höchst relevant ist. In einem anderen Bereich der Medizin nämlich stehen wir schon seit vielen Jahren vor genau dieser Problematik, der nun, angesichts der aktuell lebhaft geführten Debatte, ebenfalls wieder etwas Aufmerksamkeit verliehen werden darf.

Das Dilemma der Organverteilung

Bis Anfang des Jahres stritt Deutschland noch munter über die von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn favorisierte und letztlich abgelehnte Widerspruchslösung bei der Organspende. Grund für das Vorhaben war der nach wie vor gravierende Organmangel in Deutschland. Von den [rund 9000 Patienten, die auf ein Spenderorgan warten](#), sind es laut dem [Jahresbericht der Deutschen Stiftung Organspende \(DSO\)](#) jährlich mehr als 1.000 Patienten, deren Gesundheitszustand sich so verschlechtert, dass eine Transplantation nicht mehr möglich ist oder sie sogar auf der Warteliste versterben. Seit [Jahren ist daher in den Medien vom „Tod auf der Warteliste“ die Rede](#). Die Organverteilung ist vielleicht als moralisches Problem nicht so gegenwärtig für viele Millionen Menschen, wie die Möglichkeit, aufgrund einer überbelegten Intensivstation einem tödlichen Virus zum Opfer zu

fallen. Gleichwohl entscheiden hier wie dort am Ende Mediziner, wer gerettet werden soll und wer nicht. Aber wonach?

In der Katastrophenmedizin existiert keine ausdrückliche gesetzliche Regelung dafür, nach welchen Kriterien bei der Lebensrettung verfahren werden soll. Die Triage in der Organverteilung dagegen existiert schon so lange, dass bereits vor über 20 Jahren ein rechtlicher Rahmen für die Allokation geschaffen wurde. Nun könnte man meinen, dies würde die Situation entschärfen – schließlich gibt es damit eine parlamentarische Entscheidung. Doch weder aus verfassungsrechtlicher Sicht noch in der praktischen Anwendung ist die bestehende Lage zufriedenstellend.

Den rechtlichen Rahmen der Transplantationsmedizin in Deutschland bestimmt seit 1997 das Transplantationsgesetz (TPG). [§ 12 III TPG](#) legt dabei die groben Vermittlungskriterien fest, wonach die Allokation nach „Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit“ zu erfolgen hat. Begriffe, die nicht annähernd geeignet sind, feste Entscheidungen vorzugeben oder wenigstens Entscheidungsverfahren festzulegen. Sie werden gemäß [§ 16 I Nr. 5 TPG](#) durch die [Richtlinien der Bundesärztekammer \(BÄK\)](#) konkretisiert, einen nichtstaatlichen ärztlichen Interessenverband – was drängende Fragen hinsichtlich der demokratischen Legitimation aufwirft. Hinzu kommt, dass sie sich strukturell widersprechen, da ein Patient in schlechtem Zustand oft eine höhere Dringlichkeit, aber eine geringere Erfolgsaussicht aufweist, weshalb eine gleichsame Berücksichtigung der beiden Kriterien illusorisch ist. Eine Rangfolge legt das Gesetz allerdings nicht fest.

Das Problem mit der Erfolgsaussicht

Der Grundgedanke, welcher hinter der Priorisierung von Patienten anhand der Erfolgsaussicht ihrer Behandlung steht – gleich, ob in der Corona-Intensivmedizin oder bei der Organverteilung – ist regelmäßig der möglichst effektive Einsatz von Ressourcen. Auf die Organverteilung gewendet: Wenn ein Patient mit einem Organ länger lebt, lohnt die Transplantation mehr als bei einer kürzeren Funktionszeit. Zudem: Wer eine gute Prognose hat, landet mit höherer Wahrscheinlichkeit nicht so schnell wieder auf der Warteliste.

Nun ist eine auf den Gesamtnutzen ausgelegte Verteilungsstrategie in den letzten Wochen im Zuge der Covid-19-Diskussionen mitunter entschieden zurückgewiesen worden, [etwa mit Blick auf die Vorgaben der italienischen Gesellschaft für Anästhesie, Analgesie, Reanimations- und Intensivmedizin \(SIAARTI\)](#), die den dortigen Ärzten riet, Patienten im Notfall danach zu sortieren, wer die höhere Überlebenswahrscheinlichkeit habe, wer mehr Jahre geretteten Lebens erreichen könne und bei welcher Verteilung man die größte Anzahl von Personen retten könne. [Fateh-Moghadam/Gutmann](#) plädierten auf dem *Verfassungsblog* gar dafür, man müsse die „Ressourcenallokation konsequent am Kriterium der Dringlichkeit orientieren und zwischen gleichermaßen dringlichen Patienten, ohne Ansehen der Person, also etwa nach dem Zufallsprinzip oder nach dem Prioritätsprinzip differenzieren“.

Viel zitiert wird in diesem Zusammenhang die [Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts \(BVerfG\) zum Luftsicherheitsgesetz](#). Darin unterstrich das Gericht, was es bereits 1975 seinem [ersten Urteil zum Schwangerschaftsabbruch](#) zugrunde gelegt hatte: dass Leben und Würde eines jeden Menschen „ohne Rücksicht auf die Dauer der physischen Existenz des einzelnen gleichen verfassungsrechtlichen Schutz“ genießen (Rn 132). Dieses Prinzip der sog. „Lebenswertindifferenz“, das seinen Kern unmittelbar in der Menschenwürdegarantie hat, untersagt die Abwägung von Leben gegen Leben. Das Kriterium der Erfolgsaussicht gerät damit in Konflikt.

Nun wird es nicht von allen Autoren im Medizinrecht rundheraus abgelehnt, ebenso wie es in der Diskussion um Beatmungsplätze für Covid-19-Patienten [durchaus Befürworter einer utilitaristischen Priorisierungsstrategie gibt](#). Zu unbillig erscheint es vielen dann doch, den 70-Jährigen dem 15-Jährigen vorzuziehen. Einigkeit herrscht weitgehend darüber, dass eine auf die Maximierung des aggregierten Gesamtnutzens (Lebensjahre) gerichtete Verteilungsstrategie den individuellen Charakter des Lebensrechts aus Art. 2 II 1 GG verkennt. Als verfassungsrechtlich zulässig, ja sogar geboten erachtet wird dagegen mitunter die Differenzierung nach der Erfolgsaussicht zum Zwecke der Maximierung der absoluten Anzahl der Überlebenden. Die Vertreter dieser Position begründen ihre Ansicht u. a. damit, dass aus dem Teilhabeanspruch an den Behandlungskapazitäten auch ein Anspruch auf optimale Ausschöpfung der Ressourcen erwachse. Der Vergleich zum Flugzeugabschuss trägt außerdem nur bedingt. Denn hier geht es um einen gezielten Eingriff des Staates in Form der Tötung von Zivilisten, dort um eine gleichberechtigte Teilhabe an begrenzten Behandlungskapazitäten, die erst aus der staatlichen Schutzpflicht erwächst. Mit diesem Vergleich ist also noch nicht belegt, dass der Staat die Erfüllung seiner Schutzpflicht nicht nach der Rettung der größtmöglichen Zahl von Menschen ausrichten könnte.

Doch auch bei der Ausübung seiner Schutzpflicht bleibt der Staat dem Gleichheitssatz und dem Diskriminierungsverbot verpflichtet, innerhalb dessen er auch das Prinzip der Lebenswertindifferenz zu wahren hat. Die Triage bedeutet letztlich immer eine Entscheidung zwischen Individuen. Versagt man die Behandlung des einen mit Verweis auf die bessere Erfolgsaussicht des anderen, so liegt darin eine Abwägung beider Leben. Wer nun aus dem Teilhabeanspruch aller Patienten ein Recht auf eine möglichst effektive Ressourcenverwendung herleitet, verkennt die besondere Egalität des Rechts auf Leben, welches gerade keiner kollektivistischen Kosten/Nutzen-Abwägung zugänglich ist. Dies hat das BVerfG in seiner Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch klargestellt, in der es festhielt, jedes Leben sei „als solches gleich wertvoll und kann deshalb keiner irgendwie gearteten unterschiedlichen Bewertung oder gar zahlenmäßigen Abwägung unterworfen werden“ (Rn 182). Die Vorstellung, es würde in der Organallokation durch die Rettung eines Patienten mit hoher Dringlichkeitsstufe bewusst auf die Rettung anderer verzichtet, ist im Übrigen eine Fiktion. Zum einen verkennt sie die Prognoseunsicherheiten der Erfolgsaussicht, zum anderen zeichnet sie sich durch eine inflationäre Verwendung des Begriffs „Rettung“ aus, da eine solche im Wortsinn gar nicht vorliegt, wenn ein Organempfänger einen niedrigen Dringlichkeitsstatus

hat. „Gerettet“ wird dagegen der, der akut in der Gefahr ist, zu sterben oder einen schweren irreparablen Gesundheitsschaden zu erleiden.

Es gibt Redebedarf

Die Berücksichtigung des Erfolgskriteriums in der Triage ist damit auch im Bereich der Organallokation höchst kritisch zu sehen, da sie zwangsläufig zu einer wenigstens zahlenmäßigen Abwägung von Leben gegen Leben führt, was der antiutilitaristischen Stoßrichtung des Grundgesetzes widerspricht. Das bestehende System, mit dem Deutschland seinen gravierenden Organmangel (an dem sich wohl so bald nichts ändern wird) verwaltet, ist damit nicht nur höchst unbefriedigend, sondern im Ergebnis wohl auch verfassungswidrig – wohl mit ein Grund, dass sich der Münsteraner Medizinrechtler *Thomas Gutmann* bereits 2012 in einer Rezension fragte, „warum eigentlich der deutsche Rechtsstaat den Tumor, den das gegenwärtige System der Organverteilung in seinem Körper bildet, seit 15 Jahren duldet“ (MedR 2012, 158).

Vergegenwärtigt man sich nun die aktuellen Forderungen nach fairen und am egalitären Lebensrecht ausgerichteten Auswahlkriterien für Covid-19-Patienten, so verwundert es doch, dass die Diskussion um die Organverteilung in den letzten Jahren vorwiegend in kleinen Zirkeln geführt wurde. Im Fall von Covid-19 darf man hoffen, dass die Triage-Diskussion hierzulande bloße Theorie bleibt. Für jene rund 9000 Patienten, die auf ein Spenderorgan warten, ist das Dilemma dagegen längst Realität. Die unbefriedigende Situation, nicht allen Patienten ein Organ zur Verfügung stellen zu können, wird sich in naher Zukunft nicht auflösen lassen. Dass die Triage-Diskussion im Bereich der Pandemie zuletzt so leidenschaftlich geführt wurde, zeigt aber auch, dass wir über die Organverteilung noch einmal reden müssen.

Zitiervorschlag: Maximilian Amos, Triage ist jeden Tag – Zur Priorisierung von Patienten in der Organspende, JuWissBlog Nr. 74/2020 v. 19.05.2020, <https://www.juwiss.de/74-2020/>



Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

